

受診予約申込書

青森市民病院 地域医療連携室

FAX 番号：017-734-2177

TEL 番号：017-734-2171

(内線5110・7127)

電話対応時間8時15分～17時

青森市民病院

科

医師名（希望がない場合は担当医で可）

先生

《紹介先》

申し込み

年 月 日

医療機関名			
所在地			
医師名			
電話番号			
F A X			
発信者名	部門：	氏名：	

《患者情報》 ☐ 院内待機中 ☐ 帰宅

フリガナ 氏 名	(旧姓：)		生年 月 日	年 月 日	歳	男・女
第1受診希望日	令和 年 月 日 ()					
第2受診希望日	令和 年 月 日 ()					
受診できない日						
住 所	〒 -		電話番号（自宅）			
			電話番号（携帯）			
			緊急連絡先			
市民病院長来院歴	有 ・ 無	医療機関入院中 または施設入所中	有 ・ 無	()		
保険者番号			本人 ・ 家族	番号 記号		
被保険者 氏 名	被 保 険 者 と の 続 柄		連絡事項			
公 費 番 号	受 給 者 番 号					

[紹介元医療機関へ]

受診予約申込みをFAXで行う際は、必ず診療情報提供書も合わせて送信をお願いします。
可能な範囲でカルテ・保険証等の写しをお願いします。

☆16時以降及び休診日の受信分は翌診療日に対応させていただきます。

※1. FAXは24時間対応

※2. 緊急患者さんのご紹介と転院相談は、診療科の医師へ直接連絡をお願いします。

[紹介元医療機関から患者さんへ]

保険情報の提供は、予め患者さんの同意を得ていただくようお願いします。

受診の当日、マイナンバーカードまたは健康保険証、お薬手帳を確認いたしますので、持参して下さるようお伝えください。